THÈSE

N° 176.

SUR

LA FISTULE A L'ANUS;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 12 juillet 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR PIERRE-SÉRAPHIN DESCHAMPS, de Neufchâteau,

Département des Vosges;

Chirurgien Sous-Aide-Major à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Quæ non medicamenta, ferrum sanat.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD, Examinateur.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, Président.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX, Suppléant.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. .....
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, Examinateur.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. JULES CLOQUET. DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann, Examinateur.
Blandin.	Jobert, Examinateur.
Boyer (Philippe).	Laugier, Suppléant.
Briquet.	Lesueur.
Brongniart.	Martin-Solon.
Broussais (Casimir).	Piorry, Examinateur.
Cotterbau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

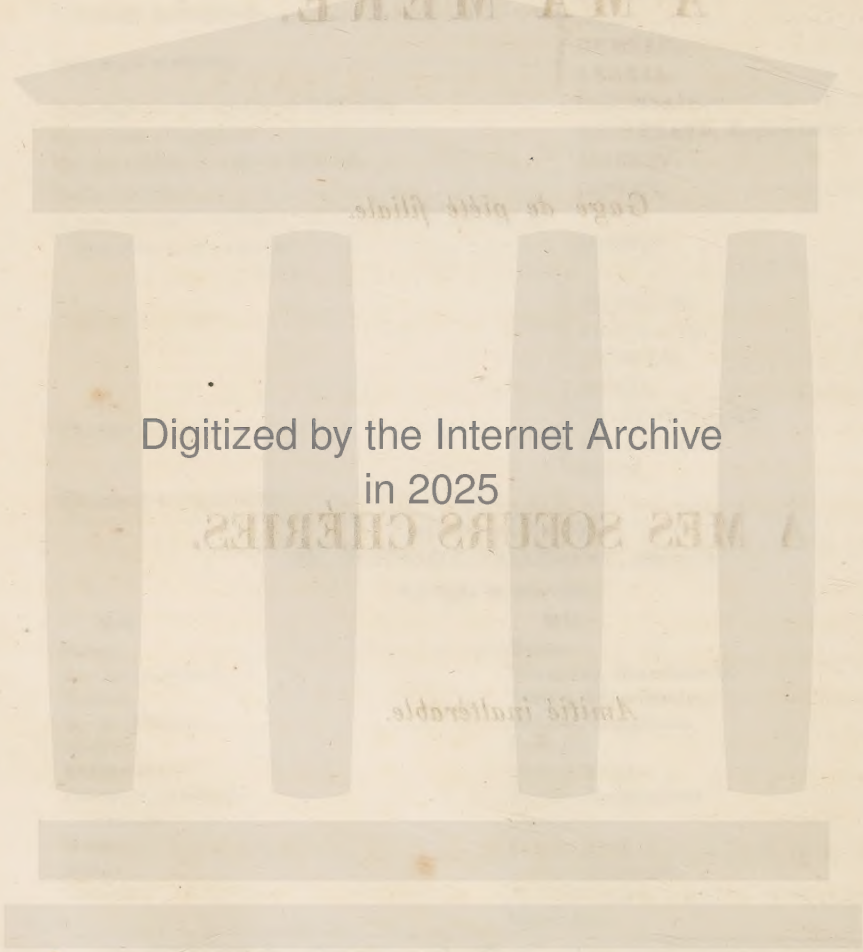
A MA MÈRE.

Gage de piété filiale.

A MES SOEURS CHÉRIES.

Amitié inaltérable.

P.-S. DESCHAMPS.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/thesesurlafistul0005vari

THÈSE

SUR

LA FISTULE A L'ANUS.

On nomme *fistule à l'anus* une solution de continuité des parties molles située à la marge de cette ouverture, communiquant extérieurement ou intérieurement avec l'intestin rectum, et donnant passage, dans le plus grand nombre des cas, à des gaz ou à des matières contenues dans cet intestin.

Toutes les blessures du rectum peuvent donner lieu à cette maladie; mais comme cet intestin, par sa position, se trouve à l'abri des atteintes des instrumens vulnérans, elle est constamment la suite d'un abcès stercoral; il est donc important de parler de ceux-ci.

Outre les causes générales des abcès, ceux-ci en offrent de particulières, qui sont l'inflammation des tumeurs hémorrhoïdales, la perforation du rectum par un corps étranger aigu avalé par le malade, et une crevasse de cet intestin au-dessus d'un rétrécissement considérable de son calibre.

Les abcès stercoraux sont distingués, par la plupart des auteurs, en grands ou gangréneux, moyens ou phlegmoneux, et en petits ou tuberculeux.

Les grands abcès de la marge de l'anus sont très-souvent envahis

par la gangrène ; l'inflammation est alors très-considérable, sans dureté circonscrite ; la peau prend une couleur foncée ou pourpre; les tissus cellulaire et adipeux sont affectés comme dans l'anthrax. Le malade commence en général par avoir le pouls plein, dur, résistant, avec grande soif et insomnie; et si les progrès de la maladie ne se bornent pas, ou si les médicamens sont inefficaces, le pouls devient inégal, faible, irrégulier, et les forces diminuent de telle sorte, que la mort peut arriver presque immédiatement. On doit se hâter d'ouvrir ces abcès aussitôt que la tumeur commence à se ramollir : les antiphlogistiques sont alors insuffisans.

Les abcès phlegmoneux offrent une tumeur circonscrite accompagnée de douleur, de chaleur, et bientôt de rougeur à la peau. Ces abcès se déclarent quelquefois à la fin d'une maladie aiguë dont ils semblent être la crise ; le plus souvent ils surviennent chez des personnes bien portantes et sans aucune cause connue.

La première indication qui se présente est de combattre l'inflammation par des saignées générales et locales, des lavemens émolliens, etc.; mais ce traitement ne saurait prévenir la suppuration, qu'il convient même de hâter par des cataplasmes émolliens sur la tumeur, car on a constamment observé que lorsque la résolution s'opère, elle est incomplète, et il reste toujours un noyau d'engorgement qui finit tôt ou tard par suppurer. Un de mes collègues, sous-aide-chirurgien à la campagne d'Afrique, m'en a offert un exemple : ce jeune homme, d'une constitution robuste et d'un tempérament bilioso-sanguin, affecté depuis long-temps d'hémorrhoïdes, vit paraître tout à coup, au pourtour de l'anus, une tumeur circonscrite, sans changement de couleur à la peau, qui ne lui causa d'abord qu'une légère douleur; les jours suivans cette tumeur fit des progrès, les douleurs devinrent intolérables, et il entra à l'hôpital de Sidi-el-Feruch. Reconnue pour un abcès phlegmoneux de la marge de l'anus, et le malade s'étant refusé à ce qu'on en fît l'ouverture, la tumeur fut traitée par les antiphlogistiques ; on ne tarda pas à en obtenir la résolution. Rentré en France, deux ans après, la tumeur reparut, le pus se fit jour à tra-

vers les parois du rectum, et M. B*** fut affecté d'une fistule borgne interne, pour laquelle il a dû subir l'opération de la fistule à l'anus à l'hôpital militaire de Strasbourg.

Tous les praticiens conviennent d'ouvrir de bonne heure les abcès à l'anus, afin d'éviter de grands décollemens; mais ils ne sont pas d'accord sur la manière de faire cette ouverture. *J.-L. Petit* introduisait un bistouri boutonné, le long du doigt indicateur, dans le rectum, et faisait une incision à la tumeur en la dirigeant vers l'ischion. Si l'intestin était dénudé, perforé, et que le malade ne fût point atteint de fièvre violente, de dévoiement, de cacochymie vénérienne, scorbutique, pulmonaire, il pratiquait une incision cruciale et enlevait les lambeaux. *Fayet* a établi en précepte qu'il faut fendre le rectum dans toute l'étendue de sa dénudation; *Pott* et *Sabatier* se rangent de cet avis; *Foubert* recommande d'ouvrir les abcès à l'anus par une simple incision, prétendant avec raison que lorsque le trajet en devient fistuleux on opère avec plus d'assurance, connaissant mieux l'étendue et la direction à donner aux incisions. Parmi les modernes, M. *Boyer* se range de l'avis de *Foubert*, et conseille de faire l'incision selon le grand diamètre de la tumeur, qui est le plus ordinairement antéro-postérieur. M. *S. Cooper* veut au contraire qu'on fende le rectum dans toute l'étendue de sa dénudation. Pour faire cette opération, le malade étant placé comme pour l'opération de la fistule, on introduit dans le sinus un bistouri courbe boutonné et à lame étroite; s'il existe une perforation du rectum, on fait passer la pointe du bistouri à travers; dans le cas contraire, on perce les parois du rectum sur la pulpe du doigt indicateur de la main gauche placé dans l'intestin, et qui sert à ramener la pointe du bistouri en dehors. Dans ces deux cas, on incise ainsi toutes les parties qui se trouvent entre le doigt et l'instrument, de manière à convertir par une simple incision les deux cavités en une seule. Si la peau était dénudée dans une grande étendue, on pourrait en exciser une petite portion. On panse du reste comme dans un abcès ordinaire, et le malade guérit, dans la plupart des cas, au bout de six semaines à deux mois.

Il arrive parfois, et malheureusement trop fréquemment, que les parois du foyer, qu'il est impossible de mettre en contact lorsqu'il a une certaine étendue, ne font que revenir un peu sur elles-mêmes, et laissent subsister une fistule qui nécessite une nouvelle opération. On conçoit très-bien cette difficulté apportée à la réunion, si l'on fait attention que l'excavation du petit bassin, d'une part, et le rectum, de l'autre, formant les parois de tout abcès stercoral, ne peuvent être rapprochées par aucun moyen compressif.

Lorsque les abcès à l'anus sont symptomatiques et dépendent de la carie d'un os voisin et même d'un os éloigné, tel qu'une vertèbre ou une côte, leur pronostic est des plus graves, et c'est en vain qu'on chercherait à les guérir si l'on ne tarissait auparavant la source de la suppuration, ce qui est presque toujours impossible.

Les abcès tuberculeux sont d'un petit volume ; ils dépendent presque toujours de la perforation du rectum, produite elle-même par l'inflammation d'une hémorrhoïde interne. Cette perforation, très-petite et voisine de l'anus, laisse suinter des humidités stercorales dans le tissu cellulaire qui environne l'intestin, et c'est l'irritation produite par ces humidités qui donne lieu à l'inflammation.

Les abcès siégeant autour de l'anus, lorsqu'ils sont livrés aux soins de la nature, peuvent s'ouvrir par une ou plusieurs ouvertures, dans l'intestin ou au dehors, ou bien par ces deux voies à la fois. Dans ce dernier cas, ils constituent une fistule stercorale complète ; elle est dite *borgne interne* quand l'abcès s'ouvre dans l'intestin seulement, et *borgne externe* ou *non stercorale* quand il n'y a qu'une ouverture extérieure. Ces différentes fistules sont compliquées quand il existe à la fois plusieurs ouvertures.

Lorsqu'un abcès s'est ouvert à la marge de l'anus, que son ouverture ne se cicatrise pas, que son pourtour devient calleux et fournit un suintement habituel de pus mêlé parfois à une certaine quantité de matières fécales, qui lui communiquent leur odeur et leur couleur, si à travers cette ouverture s'échappent des gaz ou des vers ascarides, on ne peut douter de l'existence d'une fistule stercorale complète.

Cependant, il faut souvent beaucoup d'attention pour la recon-

naître, parce que, quand les orifices de la fistule sont très-petits et très-près de la marge de l'anus, ils se cachent dans les plis qui existent aux environs de cette ouverture. Un stylet mousse, qu'on y porte à une profondeur plus ou moins considérable dans la direction de l'intestin, et dont l'extrémité se fait sentir en dedans du rectum, donne alors la certitude de l'existence de la fistule. Il est quelquefois très-difficile de faire pénétrer le stylet jusque dans l'intestin, à cause de l'étroitesse de l'ouverture extérieure et des sinuosités de son trajet. Des injections d'eau tiède doivent alors être employées pour dilater la fistule, de manière à ce que l'instrument arrive dans l'ouverture intérieure. Il convient, avant de faire des tentatives pour sonder le trajet, de faire vider le rectum et la vessie du malade, afin de faire disparaître tout ce qui pourrait comprimer la fistule et s'opposer à l'introduction du stylet. Le malade étant ensuite couché sur le dos, les cuisses relevées comme pour l'opération de la taille, ou étant fortement courbé en avant, on introduit le stylet dans l'ouverture accidentelle, et on enfonce le doigt indicateur, couvert d'huile ou de cérat, dans l'anus, afin de sentir l'extrémité de l'instrument et de s'assurer s'il a rencontré l'orifice intérieur. Cet orifice est d'ailleurs souvent facile à reconnaître au toucher, à la dépression qu'il présente et aux inégalités qui l'entourent.

Bien loin d'offrir une seule ouverture extérieure, il arrive quelquefois que les fistules en présentent un grand nombre; dans ce cas, il est important de reconnaître s'il n'y a pas plusieurs fistules. Pour cela, on porte une sonde dans toutes les ouvertures, et si toutes aboutissent au même point, la fistule est simple. De cette manière encore on connaîtra la route la plus directe pour arriver dans l'intestin, et on s'éclairera sur la direction des sinus. L'introduction de la sonde est quelquefois rendue impossible, parce que la fistule, s'ouvrant à une certaine distance de l'anus, suit pendant long-temps une marche parallèle aux tégumens extérieurs avant de prendre la direction du rectum; dans ce cas, il faut détruire l'obliquité du trajet fistuleux, et on y parvient en l'incisant jusqu'à l'endroit où il se re-

lève. Lorsque le doigt introduit dans l'anus ne peut reconnaître la fistule, à cause de la grande hauteur à laquelle elle s'ouvre dans l'intestin, les injections sont alors le moyen le plus efficace pour s'éclairer sur la maladie.

L'écoulement d'une sérosité peu abondante, qui tache en blanc le linge du malade au lieu de le noircir, comme cela a lieu dans la fistule stercorale complète, l'augmentation subite de cet écoulement quand le malade fait des efforts pour rendre les urines, la direction que prend le stylet quand on le sonde, feront aisément distinguer une fistule urinaire d'une fistule stercorale ; et il est presque impossible de commettre l'erreur qu'appréhendait *Foubert*, quand il donnait pour précepte de ne jamais inciser le rectum dans une première opération, crainte d'avoir affaire à une fistule urinaire, et de diviser ainsi l'intestin sans aucune utilité.

On reconnaît qu'un abcès s'est ouvert dans le rectum et qu'il y a fistule borgne interne, lorsque le malade souffre en allant à la garderobe, qu'il existe sur les côtés de l'anus une tumeur douloureuse, dure, d'une couleur violette, ou sans changement de couleur à la peau ; qu'à la disparition de cette tumeur succède un écoulement, par l'anus, de pus qui recouvre les excrémens sans se mêler avec eux, et enfin lorsque le doigt, introduit dans le rectum, sent, sur la face lisse de cet intestin, des inégalités et une légère induration qui indiquent toujours l'ouverture de la fistule.

Tous les médicamens sont insuffisans pour guérir la fistule à l'anus, et une opération chirurgicale est le seul moyen rationnel.

Quand on est décidé à opérer une fistule à l'anus, il faut porter beaucoup d'attention à la santé générale du sujet. S'il y a maigreur extrême, suppuration abondante, fièvre, les forces diminuent journellement; et si tous ces désordes sont occasionés par la fistule, il faut se hâter d'opérer. Mais, au contraire, si tous ces symptômes dépendent, aussi bien que la fistule, de quelque maladie organique intérieure, telle que la phthisie pulmonaire, il faut se garder d'opérer; car il est à remarquer que si l'on guérit la fistule, le malade ne tarde

pas à succomber. L'opération est aussi contre-indiquée quand les fistules s'ouvrent à l'extérieur par une multitude d'orifices, traversant une masse considérable de callosités, et quand leur orifice s'ouvre très-haut dans l'intérieur du rectum.

On a attaché pendant long-temps une grande importance aux callosités qui entourent l'orifice ou les orifices des fistules à l'anus. Les anciens, qui les regardaient même comme la cause constante des fistules, se bornaient à inciser le trajet fistuleux, ou à inciser ces callosités; mais aujourd'hui on a reconnu que de semblables opérations sont tout à fait inutiles tant que l'on n'a pas tari la source de l'écoulement morbide qui a déterminé la formation du conduit accidentel. Cependant on ne devra pas négliger, si elles tardaient trop à se résoudre à cause de leur excessive dureté, de les ramollir avec les douches, les bains, les émolliens, de les toucher avec les caustiques, et même de les extirper.

Parmi les moyens employés pour guérir les fistules à l'anus, on compte la compression, la cautérisation, l'excision, les injections, la ligature et l'incision.

La compression ne peut convenir que dans les fistules borgnes externes, lorsque le sinus est peu étendu et les parois non dénudées.

Les caustiques ont été conseillés par *Hippocrate*, qui introduisait dans le trajet fistuleux une tente de linge imbibée de suc de grande tithymale, saupoudrée de vert-de-gris. *Dionis* vante les caustiques; mais ils sont actuellement abandonnés comme étant trop douloureux.

Les anciens ont beaucoup préconisé l'excision, qui consiste à enlever avec le bistouri toutes les callosités qui forment les parois de la fistule, et toutes les sinuosités qu'elle peut offrir. L'erreur dans laquelle ils étaient tombés à l'égard de ces callosités, qu'ils considéraient comme la source constante des fistules, en est la cause; mais la barbarie de cette méthode et les accidens auxquels elle peut donner lieu l'ont fait abandonner pour des moyens plus doux et plus efficaces.

Les injections sont un moyen inefficace. On les essaya inutilement avec toutes sortes de substances avant de se décider à inciser la fistule que portait Louis XIV. Elles ne pouvaient d'ailleurs convenir que dans les fistules non stercorales, et dans les cas favorables à la compression.

La ligature et l'incision sont les seuls traitemens employés de nos jours.

La ligature, aussi ancienne que les caustiques, a été conseillée par *Hippocrate. Celse*, qui employait ce procédé, se servait d'un fil de lin, qu'il introduisait dans le trajet fistuleux au moyen d'une sonde cannelée; il serrait médiocrement ce fil deux fois par jour, et le faisait courir comme la mèche d'un séton afin qu'il ne se pourrît pas.

Foubert, partisan de la ligature, se servait d'un fil de plomb qu'on a généralement employé depuis. Il l'introduisait au moyen d'une sonde, qu'il portait d'abord dans le rectum par l'orifice extérieur de la fistule, et qu'il faisait ressortir ensuite par l'anus à l'aide du doigt indicateur introduit dans l'intestin. Il tordait les bouts du fil l'un avec l'autre, et les serrait graduellement tous les jours.

On se sert encore aujourd'hui de la ligature lorsqu'on a affaire à des malades pusillanimes, lorsque la fistule est simple, et lorsqu'elle n'est pas éloignée du fondement; elle a l'avantage de ne pas assujettir à des pansemens continuels, et l'inconvénient de causer une douleur vive et permanente occasionée par la section graduée de la peau. Quelques praticiens conseillent, pour diminuer les souffrances pendant l'action de la ligature, d'inciser la peau : autant vaudrait-il alors achever l'opération, puisque la partie la plus douloureuse en est alors terminée. *Desault*, au lieu de tordre les bouts du fil, les introduisait dans un tube d'argent aplati, long de cinq à six lignes et large de deux, et les repliait dans deux petites entailles faites à l'extrémité du tube; il entourait celui-ci de bourdonnets de charpie pour ménager les parties environnantes.

L'incision doit être préférée à tous les autres procédés; c'est celui qui atteint le mieux et le plus promptement le but qu'on se pro-

pose, celui de transformer en une seule plaie les ouvertures étroites qui existent à l'intestin et à la peau.

L'incision a été recommandée par *Hippocrate*, *Vidius* et *Paul d'Égine*, qui veut qu'on extirpe les callosités, et qu'on ne fasse pénétrer le stylet conducteur de l'instrument que par l'orifice interne de la fistule. *Guy de Chauliac* est le premier qui ait conseillé de ne pas emporter les callosités. *Paré* conseille aussi l'incision pour les fistules légères et superficielles.

Plusieurs instrumens ont été inventés pour inciser le trajet des fistules. Le syringotome, qui remonte au temps de *Galien*, est un bistouri en forme de faux, et terminé par un stylet flexible; c'est un instrument très-commode. Le bistouri royal ne diffère du syringotome qu'en ce que le tranchant en est couvert par une chape de métal, qu'on retire dès que l'instrument est dans la fistule. *Pott* se servait d'un bistouri recourbé, à lame étroite et à pointe mousse; *Desault* employait un bistouri droit et à lame étroite, une sonde cannelée sans cul-de-sac, et un gorgeret de bois.

Chacun de ces instrumens peut avoir des avantages, selon que la fistule est plus ou moins élevée. Quand son orifice interne ne dépasse pas le doigt introduit dans le rectum, on se sert avec avantage du syringotome, ou du bistouri de *Pott*, ou de la sonde flexible de M. *Larrey*. Quand le doigt ne peut atteindre la sonde introduite dans la fistule, le procédé de *Desault* est le seul convenable. Les chirurgiens anglais ne se servent pas du gorgeret.

Pour pratiquer cette opération, on fait coucher le malade sur le bord de son lit, et sur le côté de la fistule, la cuisse correspondante étendue, l'autre fléchie vers l'abdomen et maintenue par des aides qui écartent les fesses. L'opérateur se comporte différemment selon qu'il emploie tel ou tel instrument; s'il se sert du syringotome, il introduit le doigt indicateur dans le rectum, et avec la main qui est libre il fait pénétrer le stylet qui termine l'instrument dans le trajet fistuleux, et il le ramène au dehors de l'anus; alors, saisissant le manche de l'instrument d'une main, et le stylet de l'autre, il l'attire au devant

de lui, et divise ainsi toutes les parties qui sont comprises entre le stylet et l'instrument.

Si l'on emploie le procédé de *Desault*, on introduit la sonde cannelée dans le trajet fistuleux ; le gorgeret remplace le doigt qu'on introduit dans le rectum ; on engage le bout de la sonde dans sa cannelure, et on le confie à un aide qui l'incline fortement vers la fesse opposée à la fistule : alors le chirurgien conduit dans la cannelure de la sonde, qu'il tient lui-même, le bistouri qu'il enfonce jusqu'au gorgeret, et coupe ainsi toutes les parties qu'il a devant lui. Il a soin de retirer ensemble la sonde et le gorgeret pour s'assurer que la section des parties comprises dans l'angle que forment les deux instrumens est complète ; si quelque portion non incisée les arrête, on reporte le bistouri dans la cannelure de la sonde, on l'enfonce jusqu'au gorgeret, et on ramène ces deux instrumens dans la direction de la première incision.

Quand on emploie le procédé de M. *Larrey*, on attire au dehors de l'anus la sonde flexible introduite dans le rectum, et on incise sur cette sonde toutes les parties qui s'y trouvent comprises.

Lorsque l'intestin est dénudé au-dessus de l'endroit où il est percé, les anciens et même quelques modernes conseillent, après avoir incisé le trajet fistuleux, de fendre la portion décollée avec des ciseaux que l'on conduit dans l'intestin à la faveur du doigt indicateur. Mais cette pratique est inutile ; car outre le danger qu'il y a en incisant l'intestin dans une trop grande étendue, on court encore celui de laisser la perforation dans une des lèvres de la plaie, ce qui reproduirait la fistule.

Pour opérer les fistules borgnes internes, on commence par les convertir en fistules complètes, en faisant une ouverture extérieure au foyer.

Les fistules borgnes externes sont aussi converties en fistules complètes, en perforant l'intestin avec l'extrémité de la sonde.

Le pansement consiste à introduire dans la plaie une mèche de charpie enduite de cérat, qu'on pousse dans le rectum avec un porte-

mèche. Cette mèche doit remplir toute l'incision : faute de suivre ce précepte de rigueur, on a vu les lèvres de la plaie se réunir comme une solution de continuité ordinaire, et la fistule récidiver. On couvre de charpie et de compresses le reste de la plaie, et on les maintient par un bandage en T.

On lève le premier appareil au bout de deux ou trois jours; on panse d'abord à plat avec un plumasseau couvert de cérat, mais ensuite on revient à l'usage de la mèche; s'il survient une hémorrhagie, on l'arrête par le tamponnement ou la cautérisation du vaisseau.

Après l'opération, le régime du malade doit être le même que dans les autres grandes opérations chirurgicales.

Avant de pratiquer l'opération de la fistule à l'anus, on établit un exutoire chez les sujets qui font craindre que l'économie habituée à cet émonctoire ne reçoive un notable préjudice de sa suppression.

Quand une fistule est incurable, ou qu'on ne juge pas à propos d'en entreprendre la guérison, il faut recommander au malade des soins de propreté, l'usage des lavemens, et un régime convenable pour tenir le ventre libre.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad extremos morbos extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Vulneri convulsio superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 2.

III.

Qui à tetano corripiuntur, in quatuor diebus pereunt; si verò hos effugerint, sani fiunt. *Ibid.*, *aph.* 6.

IV.

Ex osse ægrotante caro livida, malum. *Sect.* 7, *aph.* 77

V.

A sphacelo abcessus ossis. *Ibid.*, *aph.* 2.